

主体の育ちを目指す ひきこもり支援をめぐって

——支援の場に流れる「力」に抗う実践——

山 本 耕 平

【抄録】

ひきこもりからの「脱却」と社会「適応」は、ひきこもりが長期になればなるほど、切実な要求になる。ひきこもる若者たちに再適応を強いる「力」は、彼らを統制・管理する。彼らと深くかかわってきた精神科医療は、彼／彼女らが、自身に向けられた差別と生きづらさから自己を解き放つ力となりえてきただろうか。ひきこもり支援は、ひきこもる若者を解き放ってきただろうか。

ひきこもり支援の現場は、ひきこもる若者が、支援者や家族、地域住民とともに、実践のあり方を共に考える主体として参加し、その参加のなかで、自身の尊厳を見出し、人や社会との関係を見出す支援や生活を相互行為として確認する場である。その場は、「今、なにをのぞみ、なにをすべきか」を発言し創りあげる場であり、淘汰された専門家により結成される揺るぎない場ではない。脱貧困の主体は、いまある矛盾する社会に再適応させるなかでは育たない。それは、課題「解決」を目指すものではない。

はじめに

ひきこもる若者たちのなかには、どう生きるべきか解らずに葛藤する者、自らの「生きづらさ」を誰かに相談したいと願いつつも自室から出ることを怖れる者、相談や診察を無理強いされた者等々、様々な苦しみの中におかれる者がいる。

本稿では、ひきこもる若者たちが、今日の社会にむりやり再適応（あるいは適応）させられる「力」と、それに抗う力につき検討を加える。ここで、ひきこもる若者たちの再適応を強いる「力」は、彼らを統制・管理するものであり、それは、若者たちを支配し、彼らから社会的な諸矛盾と対峙する力を奪い去り、彼らをディスエンパワーするものであることを明らかにする。この為、彼らが社会に対峙し、自身の課題を解決する力と、ディスエンパワーする「力」を区別する必要があると考え、「力」と表現する。

その「力」の一つの現れを、2000年の精神保健福祉法の改正時に登場した移送制度にみるこ

とができる。この移送制度（精神保健福祉法第34条）は、ひきこもり状態にあるが故に受診することが困難な当事者を対象とし、その早期治療を目的に受診前から入院形態を医療保護入院と決定し、自宅から強制的に引き離そうとするものである。この移送制度は、重大な保安処分的発想に基づく管理¹⁾と考えることができる。

この移送制度が始まる時、当時の厚生省の担当課長が全国保健所課長会議や日本精神病院協会の会議においておこなった発言は、まさに、ひきこもり者の保安処分を証明するものでなかったかとの指摘もある²⁾。1964年に生じたライシャワー事件に伴う1965年の精神衛生法改正には、精神障害者を法的に管理・支配を進めた。そのなかで、保健所による在宅精神障害者への訪問指導等が強化され、法24条にみる警察通報・届出制度の強化があった。これは、精神障害者の地域管理を強めたものである。その後、変遷はあるが、1999年の精神保健福祉法改正時にも同様の管理強化がみられた。それが法34条の移送制度新設である。新潟女児監禁事件を受け、長期にわたってひきこもる者が精神障害をもつ時、早期に対応すべきとの考えが、移送制度新設を強めたのである。

そもそも精神医学的な診断は、「政治的、法律的領域で重要な意味」を持ち、その診断は、「一市民の権利と責任のありようを変える」³⁾ものである。ひきこもる若者たちは、法によって護られ、市民として生きる権利が保障されて当然である。いままで、ひきこもり者と深くかわってきた精神科医療が、自身に向けられた差別と生きづらさから自己を解き放つ力を獲得する支え手としての役割を果たしただろうか

本稿の第一の目的は、精神科医療が「ひきこもり」に着眼しつつも、それがバイオロジカルな着眼であり、若者を解き放つ力としては限界があったと考え、その限界性を整理することにある

もちろん、本稿は、社会福祉研究であり精神医学研究ではない為、精神科医療の限界を、医学的見地から考察するものではない。そこで、本稿での議論は、精神科医療が、ひきこもる当事者と家族を、自己の課題と向き合う主体とみることができていたのか否かに求め進める。

第二に、ひきこもり当事者が、その育ちを阻害し、彼らの貧困を助長する社会に抗い、ひきこもりと対峙しつつ、社会参加の力を獲得する実践を創造する為に必要な実践哲学の考察を行う。

1. ひきこもり診断と支配的価値観

DSMの改訂に務めてきたアレン・フランセス（2013）が精神科医療のなかで「正常と異常は、どう判断されてきたのか」と問いかけ、DSMが果たしてきた役割を次のように語る。

友人たちがあまりにも無分別に後押ししていた疾患は、のべ何千万もの新たな「患者」

を生み出すものだった。じゅうぶんに正常な人々 DSM-5 の広すぎる診断の網にとらわれるのが私には想像できたし、多くの人々が必要もないのにとすれば危険な副作用のある薬の影響にさらされる恐れがあった⁴⁾。

彼は、「多くの人々が必要もないのに」生理学的治療の対象となった操作的診断（DSM）を批判し、さらには、DSM-5 改訂時に「精神病リスク症候群（PRS）」という新たな診断が生じた事実を的確に批判する必要があることを指摘した。

もちろん、アレン・フランセスは、精神医学や精神科治療の価値を否定することを考えているのではない。ひきこもりを対象とする社会福祉実践の構築は精神医学や精神科医療と無関係で行えるとは考えない。アレン・フランセスが「精神医学における流行は、強い権威が力と正当性を与えられたときにはじまる。DSM のシステムと、それを作った『専門家』が、流行の主たる発信地」になっており、「専門家は自分が専門とする研究に目を注ぐばかりで、全体像を見逃している」⁵⁾と指摘するが、これは、ひきこもりと精神科医療の流れを分析する上で重要な視点である。

1-1. 精神科医療は、自室にひきこもる若者とどう向き合ってきたのか

今、なぜ、あえてひきこもりと精神科医療が向き合い始めた2000年前後のことをとりあげなければならないのであろうか。その最たる理由は、いま、なおもひきこもる若者を捉える視点の背景に、この当時の精神科医たちの考えが根強く残っていると考えるからである。

近藤直司は、精神科医が臨床で対象としていた人を「おおむね『青年期に相応の社会参加や対人交流の機会を持とうとしない』、ないしは『できない人たち』」⁶⁾と捉えてきた。この把握は、当時、精神科医たちの前に登場するひきこもり事例がそうであったことを表しているのではなかろうか。近藤らの研究と相前後し、「社会的ひきこもり」という言葉を導入し、ひきこもりの医療化に中心的な役割を果たした斎藤環は、「社会的ひきこもりの問題は、つきつめれば、対人関係の問題」であり、その対人関係は、「個人」「家族」「社会」の三つの領域に分けることができると考えてきた。さらに、「『個人と家族』『個人と社会』などの回路が、完全に塞がれてしまっていることが多く」、家族との間に生じている悪循環が「ひきこもりシステム」を形成していると主張した⁷⁾。これは、オートポイエーシス理論を応用したものである。

社会的ひきこもりの第一人者として、多くの者に「ひきこもり」を考える上で影響を与えた斎藤が、一貫して主張してきたのは「青少年のひきこもる権利を社会が認めることの重要性」であり、「社会がひきこもりに対して寛容になればなるほど、『ひきこもり事例』は減少する」という視点であった⁸⁾。この斎藤の論から見えるのは、ひきこもる若者の立場に立つ精神科医の姿である。しかし、一方で、斎藤は、ディスコミュニケーション下にある若者と家族への第三者介入の必要性を強調し、家族に本人を連れてこさせ、本人を治療するという治療（支援）

アプローチを描いた⁹⁾。斎藤は、「本人がひきこもる権利と同様に、両親がそれをさせまいとして治療的介入を行う権利を保障すべきである」と述べるが、ここに明瞭に見えるのは、家族に介入責任（斎藤はそれを「治療的権利」と称する）を課す姿である¹⁰⁾。

斎藤の「ひきこもりシステム」論は、ひきこもる若者を社会の諸矛盾との関わりで捉えているものであったらうか。彼の追究では、今ある社会に抗議しひきこもっている若者も、家族や社会との回路が塞がれた「ひきこもりシステム」のなかにいるバイオロジカルな「病理」性をもった当事者として捉えられかねない。精神科医療者の臨床葛藤を「居心地がいいからひきこもるのではなく、ひきこもらざるをえなかったというシチュエーションを受け入れなければ彼らを理解することは難しい」¹¹⁾と語る春日武彦も、あくまでもひきこもりのバイオロジカルな精神病理を前景として考え、「人間としての営みとは、実は自分に似合った箱を探し求め、しかもその箱に入ってしなうべきか否かに逡巡するプロセスであるとも見ることかもしれない」¹²⁾と分析する。こうした論のなかでは、精神科医療が社会的にいかなる責任を果たすかを語ることは限界があるのではなかろうか。

こうした精神科臨床や心理臨床は、診察室に登場しない／できない、今日の社会に了解しがたい思いを強めている彼／彼女たちとどう向き合ってきたらうか。その若者たちのなかには、「覚悟のひきこもり」を選択した者もいるだろう。その「覚悟のひきこもり」を選択した若者たちの人生の意味を、バイオロジカルな精神病理から要因を分析し、支援のありようを求めることは不可能であらう。

1-2. 「異常」な「部分」の発見と「折り合い」を進める精神科医療

斎藤環がひきこもりを「社会的ひきこもり」と紹介¹³⁾し、続いて、伊藤順一郎らによる研究のなかで明確になった「ひきこもり」のクライテリアが保健福祉実践者に「対応ガイドライン」¹⁴⁾として示された。そこでは、ひきこもりを「さまざまな要因によって社会的な参加の場面がせばまり、就労や就学などの自宅以外での生活の場が長期にわたって失われている状態」であり、「なにも特別な現象」ではなく、「何らかの理由で、周囲の環境に適応できにくくなった時に」生じることがありえるという考えを示し、「長期間にわたって生活上の選択肢が狭められた、精神的健康の問題」であるひきこもりの「援助活動はひろく精神保健福祉の領域に属するものである」とした。斎藤万比古らによる最新のひきこもりのクライテリアも概ね従来通りの定義である。

ひきこもりが、精神保健福祉実践課題として整理される一方で、時期を問わずに若者の鬱や社交不安障害、発達障害が増加し、早期の治療により「ひきこもりにならない」ことが大切であるかのような啓発書が巷にあふれ自己診断の誘惑が若者たちを襲った。ここで生じた「ひきこもり予防」を含む、ひきこもりの「医療化」は、彼らを、病者として社会から切り離す役割を果たした。

病的と判断される「部分」を発見し、それを処遇（治療）対象とする実践は、現在社会に「折り合い」をつけながら生きる技術¹⁵⁾を獲得する方法を展開してきた。その「折り合い」をつける支援は、今ある社会の矛盾を明確にし、それと変革的に対峙することを目指すものではなく、今ある社会を是とし再適応を目指してきた。

2. 困難を有する若者を支配する社会といくつかの「力」

今日の若者支援政策の根底には、新自由主義的な社会構造改革のもとで、国と企業が指し示す若者支援の方向として世に問われた「若者自立・挑戦プラン」（2003年）¹⁶⁾があることは言うまでもない。このプランの根底を流れるのが、経済財政諮問会議答申¹⁷⁾が掲げた「人間力」構想であり、それは、「社会を構成し運営するとともに、自立した一人の人間として力強く生きていくための総合的な力」と考えられてきた。

中西（2009）は、こうした新自由主義的人間観が根底となる子育ては、「決して助けを求めない『力強い自立』の訓練であり、それは、孤立を甘受できる生とエートスの陶冶」を目指すものとなると述べる¹⁸⁾。

2-1. 「病い」探しを強い、自分探しを困難にする「力」

ひきこもる若者たちのなかには、その状態がバイオロジカルな「病い」として判断されるものではなく、家族や社会への意義申し立てや、教育や労働の場への失望と抗議や、今ある社会が求める若者像への抗議を示す者も存在¹⁹⁾する。今日の管理的・競争的な社会がもつ諸矛盾との間に強い葛藤を示し、人生の一時期に揺らぎ立ち止まることは、意味ある人生であり、この姿は若者たちが、今ある社会を変革する主体として育つ可能性を示している。

家から外に出る時がとにかくたいへんです。誰かに会うのではないかと思うともう外に出たくない。外に出て誰かが声をかけてくると、特に保護者（彼女は保育士であり、現在休職中）が声をかけてくると、もうそこでこわばってしまいます。怖い。とにかく怖い。誰からも好かれないんですけど、それができないんです。自分を出てしまったらと思うと、とにかく生きていけないと思うんです。（22歳女性，2014，4月）

小学校時代からのたった一人の友人に付き添われて相談来所した彼女は、入職後4か月目に保育現場で、先輩保育士から「あんた、自分の意見言っているのよ」という指導を受け、「私ができない人間だと思われる」と認識した。当初は、休日にどこにも出かけない「休日閉じこもり」で過ごしてきたが、来談した時には、徐々に職場が恐怖の対象となり休職しひきこもりつつあった。

彼女を襲った力強い自立（競争に打ち勝つ自立）への焦りは、「保育士としてゆっくり育ちたい」との彼女の願いを受け止める余裕がない今日の福祉現場が、意味ある育ちを追求できなくなり生じているのではなかろうか。インターネットで懸命に「病気」探しを行った彼女は、自分と合致する「病気」を見つけ自分を病者として管理される医療のなかに組み入れた。その時、「病気であることを認められてほっとした」と語る。その語りに、“弱虫だと思われていた自分だけど、病気だったんだ”と安堵した彼女をみる。

彼女に与えられた抗不安剤と抗うつ剤は、幾分、気分をよくしたが、自身が願っていた子どもと共に育ちたいとの思いを職場の上司に伝えることができずに、今もひきこもる。彼女は、ひきこもっている自分を許せない。それは、“弱虫”な自分を負け組みだと思うからである。

2-2. 自立への揺らぎを排除する「力」

ひきこもり支援を含む若者支援は、強い若者、役に立つ人材を育成しようとする政策に位置付けられてきた。その政策の背景には、彼らの育ちを、拒もうとする「力」がある。

仕事上、バイトとか、どこまで踏み込んでいいのかみたいなのもあるし、とりあえず仕事場だけで、その中では愛想よくというのか、それに何ていうか、それやとごく表面的な情報を知らせるだけでいいんですけど。友達となると自分の過去のこととか、どう伝えるべきなのか、伝えんでもいいのか、そうそうごまかせないし、10年近くもそこんところをどうしたもん（もの）かなというのがありますね。（34歳男性、2013、9月）

長いひきこもり生活と決着をつけアルバイト等に参加しようとする者であっても、一定の期間、他者との関係を断っていたならば、他者や社会との関わりに不安を抱いて当然である。この不安は、漠然とした不安であり、捉えどころのない不安²⁰⁾として若者たちを襲い、それほど短期間に解決するものではない。

ひきこもり支援者の多くは、当事者が、その不安と向き合うことが可能となる為に、時間をかけ「自己」と向き合い、回復することを目指す。しかし、今日の若者支援政策は、それほど緩やかな回復や参加を保障しない。支援者は、実践を襲う政策に矛盾を感じつつも、自己の食いつなぎの為に成果が出やすい（それほど不安の強くない）若者を対象とすることを選択せざるを得ない状況におかれている。

2-3. 若者を生活の場から引き裂く「支援」という名の「力」

自室にひきこもることで、自己の世界を守ろうとする若者たちを、自室さらには自宅から外に出す行為は、それほど簡単なことではない。その時、支援者がその権力をふるい、侵襲的な行為が生じることがある。

一つの事象（2000年2月）がある。それは、筆者が同行していた同伴受診の車中で、隠し持っていた小型のタッチナイフで手首を切った若者が高速道路の上で多量の出血を起こしたものである。彼とは、1997年末から3年数か月の付き合いがあった。当初、激しい家庭内暴力を呈していた彼は、私たち支援者を自宅に招き入れなかった。そればかりか、私たちが帰ってから自宅の家財道具を壊すことや家族に暴力をふるうことが多かった。幾度か支援の継続を躊躇した支援者であったが、彼が暴力で訴えざるを得ない「苦しさ」に耳を傾けたいと幾度となく訪問を繰り返した。

彼との2年を超す付き合いが経過する頃から気がかりになっていたが、ある日居間で会っていた時に元来の痩せがさらに進んでいることが心配になった。親と私たちは、彼に同伴受診を勧めた。自身の前に現れた当事者が、長期間のひきこもりのなかで心身の状態が悪化した時、支援者は揺らぐ。彼の場合もそうだった。拒食が進むなかで衰弱する彼に危機感をもった。彼の場合、生命の保持が問われる状態であり、入院を前提として同伴受診することに、支援者としてのためらいはそれほどなかった。

一方、それほど危機的ではないが、受療の必要性についての判断や精神医学的な判断を家族や関係機関から求められるとき、支援者は、誰もがこれでいいのかという人権保障との関わりでの「揺らぎ」をもち、支援をためらうことがあるのではなかろうか。

尾崎新は、福祉職場は「人生が交わる場」であり、「人が生きにくさを抱えて暮らしあう場」でもあり、「さまざまな事情や歴史が存在する場」であり、「人の哀しみや苦悩、怒りや後悔、矛盾が交錯しあう場」であると指摘する²¹⁾。

ひきこもり支援の現場では、ひきこもる若者が、支援者や家族、地域住民とともに、実践のあり方を共に考える主体として参加し、その参加のなかで自身の尊厳を見出し、人や社会との関係を見出す支援や生活を相互行為として確認する作業を進めるべきであろう。自己決定を尊重する個別支援がいかに展開されていても、支援集団に参加したあらゆる者が、「今、なにをのぞみ、なにをすべきか」を発言し、ひきこもる若者自身が、実践を創り上げる作業に参加することが保障されているとは言い難い。実践集団は、淘汰された専門家により結成される揺るぎない集団ではない。尾崎が「現場は葛藤や矛盾が存在することが本来自然な姿である」と述べるように、実践集団の価値観と理念が揺らぐ集団である必要がある。

この葛藤のある関係性が実践現場で追求される時、支援者が権力的に若者を医療に結びつけることが困難になる。当然、そこでは支援者の勘や経験も大きな力をもたない。クライマンが、患者－医者関係に取り入れようとする外部の価値システムは、「諸矛盾を解決するよりも、ときに、さらに多くの矛盾を創り出しかねないし、実際に創り出してしまうこともしばしばある」²²⁾と指摘するが、異なる支援者相互の価値観と当事者、家族の価値観のなかで矛盾が生じる時、その矛盾を止揚する力が、若者を生活の場から引き裂く「力」に抗う力となるのではなかろうか。

2-4. 自由と命を剥奪する支援の場の「力」

ひきこもりからの「脱却」と社会「適応」は、ひきこもりが長期になればなるほど、保護者にとって切実な要求になる。KHJ（全国引きこもり KHJ 親の会）の2015年調査²³⁾では、ひきこもりの本人と家族の同居率は86.1%であり、ひきこもり期間については、2013年調査の結果、平均124.55ヶ月であった。最大は396か月となっている。また、今日ひきこもりの高齢化が問題となり、ひきこもり者の平均年齢は35.6歳となっている。当然、親も高齢化し、その平均年齢は64.3歳となっている。

高齢化した家族は、ひきこもる若者と向きあう体力や精神力をなくし、諦めの日々をおくることになる。KHJ 調査の自由記述に次の記述がある。

ひきこもり本人の世話を肉体的、経済的に行うことは、現在の私には無理です。現在60才、母子家庭、これから、何十年も本人を支えていきますと、共倒れとなります。親の介護で親子が共倒れになる事例と同じ現状が起こらぬよう。ひきこもりと親の生活は分離させて頂きたいのです。私にとっては、本人と分離することが幸せです。本人も私と分離し、生きていきたいと言っております。ひきこもりの自立。自活（生得）分離こそ、家族への支援です。（KHJ 2015年調査：生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援事業への意見・要望）

弱り切った親を対象に、その商品を勧めるのがひきこもり産業である。ひきこもり産業は「相談から自立まで」をパック商品とし、家族では対応しきれない事例への「総合的」対応をセールスポイントとする。

そこには、若者たちの可能性と命を奪うパターンリズム的発想が共通して存在するのではなかろうか。その一つが、2006年4月に名古屋でひきこもり「支援」を目的として活動していたアイ・メンタルスクールで発覚した殺人事件である。名古屋市北区のアイ・メンタルスクールの寮で入寮者の無職男性（26）が死亡した事件であるが、寮からは、手錠など数種類の拘束用の道具が見つかり職員がその拘束道具を使用したことが判明した。この事件の裁判に関わり、アイ・メンタルスクールの経営者杉浦昌子の姉長田百合子が経営していた長田塾事件にも関わった弁護士の多田元は、この二つの事件には「人間の尊厳にかかわる問題であること」「暴力を正当化する論理」「親・家族が不安で孤立し、無力な状態におかれていること」「被害を受ける当事者本人が社会的に孤立していること」の四つの共通点があったと指摘する²⁴⁾。

多田が指摘する共通点は、この二つの事件にのみ共通することではない。ひきこもる若者のなかには、自己の尊厳を護ることが困難になっている社会に対しなんらかの発言を行いたいが、それが困難であり、人として生きることを否定する者もいる。

ジュディス・L・ハーマン（1996）は、回復の第一原則を「その後を生きる者の中に力（パ

ワー）を与えること」に求める。ハーマンが指摘するように、その原則は、「その後を生きる者自身が自分の回復の主体であり判定者」であり、「その人以外の人間は、助言をし、支持し、そばにいて、立会い、手を添え、助け、温かい感情を向け、ケアをすることはできるが、治療（キュア）するのはその人である」ことを忠実に追求することで遂行可能となる。人が人として生きる力を得る過程では、当然のことであるが、ハーマンが、「その後を生きる者から力を奪うような介入はその人の回復のためになりえない」と指摘するように、その人の人としての尊厳を守りきらなければならない²⁵⁾。ひきこもり支援の場に生じるパターナリズムは、若者からその後を生きる力を奪い、家族から社会と対峙し生きる力を奪いかねないのである。

2-5. 生きる意欲を奪う「力」

命まで奪わなくとも、社会的に孤立し無力な状態におかれている若者たちから、生きる意欲や力を奪う介入が、ひきこもり支援のなかに多く存在するのではなかろうか。その根底に流れるのが、パターナリズムである。

例えば、ある対談のなかで、ひきこもり支援者工藤定次が、自宅を訪問し、当事者を連れ出し、彼が準備した就労コースに青年達を適応させることが、あたかもひきこもりの長期化を予防するかのよう論じているが、これに、精神科医斎藤環が「つれてこられた青年達は、まずほとんど逃げないだろうし、タメさんを恨むことは決してないだろう。いいかげん働かなくちゃ、という思いは、長いひきこもり経験者ならみんな感じていることだ。彼らはしかし、働くための必然性をつかみそこねて、ひきこもってしまった。そこに外部からやってきて、強力な必然性をもたらしたのがタメさんだ。そんな恩人に、感謝こそすれ、恨みなど感じようはずがない」²⁶⁾と発言する。ここには、支援関係を「逃げる－逃げない」で捉える発想がある。この発想は、権力性の表出であり、ひきこもり者が物言う力を持ちえず、カリスマ的な支援者に発言できる者は誰もいないという考えがあり、無抵抗な存在である若者や無力な家族を支配する「力」をみる。

現在、ひきこもりを中心とする若者を対象とする福祉法・制度が存在しないなかで、日々の生活に困っている者の「要求」に着眼した「人助け」が「コンシューマー」である親を獲得する為に、事業主は、懸命に成果をあげようとする。結果、悩み苦しむ若者と家族の生きる権利に着眼するばかりか、その権利を剥奪しようとするひきこもり産業が展開され、ひきこもり者やその家族が、ひきこもり事業所間の争いの犠牲者となる可能性が十分に存在する。

3. 権力的・侵襲的介入に抗い、貧困に対峙する主体形成を目指す ひきこもり支援

患者と治療者との共同作業をつうじて発展する治療関係は、「協力的な当事者関係」として

発展し、そこには、「実存的アンガージュマン（かかわりあい）関係」があり、パートナーは「共に回復という事業のための相互拘束者」として存在すると述べるハーマン（1996）²⁷⁾から、権力的にひきこもる若者の生活を支配する「力」と抗う実践の視座を学ぶことができるのではなかろうか。ひきこもりは、外傷性事件と同様に、個人と社会をつなぐきずなが傷つけられる²⁸⁾。その傷ついた個人と社会とのつながりを回復させ、ひきこもり者を不自由に陥れた社会に変革的に参加する力を獲得する場には、支援－被支援の関係が存在しない。ハーマンが「グループは互酬関係の道を開くだけでなく、集団的有効化の可能性をも与える」と、そこに参加する者がそれぞれに持つ生きる力に着眼する²⁹⁾。

ソウル市に新自由主義的価値観と対峙する実践体 HAJA センターがある。HAJA は、子ども・若者の多様性を尊重する集団である。そこは、新自由主義社会における社会も若者も不利なゲーム “Lose-lose game in neo-liberalistic society” を克服する為に、10代が新しい時代の新しい学校を作り “Teenagers make new schools for new era”，若者が新しい時代の新しい会社をつくる “Youth make new companies of new era” という実践哲学をもつ。

今ある学びや働き場で、“生きづらさ” を持つ子どもや若者たちが、多様な学びと労働を追求する時、彼／彼女らは、そこで人として生きる価値を追求しようとする。そのなかで、彼／彼女らが追求する多様に生きる価値を保障できる“方法” ならびに“場” を実現できる法、制度を可能とし、人としての平等性を追求する運動の展開が実践展開のなかで追求される必要がある。

筆者は、ひきこもる若者たちが、自己と対峙し、自己を解き放つ力を獲得する場として、「一人ひとりの生命、自由及び幸福追求に対する権利を保障する社会を、彼らの力で築きあげ、現在社会への適応ではない、社会参加への力を彼らの力で獲得する場」「実践者が若者といかに生きるかが問われる場」「若者と実践者が市民と共に育つ場」が必要であり、その総体を“生き場所” と捉えてきた³⁰⁾。“生き場所” では、集団に参加する当事者（まだひきこもっている者を含む）、ピアスタッフ（ひきこもり経験のある実践者）、プロスタッフ、地域住民が各々に集団的有効化の可能性を与えられる。

さいごに

ハーマンが指摘する「集団的有効化」は、集団に参加するすべての者が、現在の不自由さと向き合う力を与えられる道すじとなる。少なくとも、医療化の濫用により、意味あるひきこもりを選択した若者たちにも、なんらかの疾患名が与えられ「治療」の対象とする事態があってはならない。

ひきこもる若者たちは、脱貧困の主体として育つために、多様な生き方が保障される実践に参加し、その力を獲得するなかで脱貧困の主体として育つ。その力は、彼らが矛盾する社会に

再適応を図る訓練の対象となるなかで獲得されるものではない。

注

- 1) 精神保健福祉法第34条の移送制度は、直ちに入院させないと本人の医療および保護をはかるうえで著しい支障がある場合で、指定医の診断の結果、自宅その他本人が居る場所から応急入院指定病院に（強制的に）搬送して医療保護入院または応急入院させることができる、というものである（新法34条）。
- 2) 大阪医療人権センターの弁護士里見和夫は、厚生省の三腎課長は、新潟県的女性監禁事件を例に出し、「4月以降にこのような事件が起きて、もし行政が移送制度があるのにそれを活用していないということになれば、都道府県の責任、責務が生じる」（大阪精神医療人権センターニュース2000年4月）と精神保健福祉法改正にあたっての全国都道府県・政令指定都市・中核市予防課長会議での厚生省課長の発言を紹介している。
- 3) アーサー・クライマン、2012、精神医学を再考する―疾患カテゴリーから個人的経験へ―、みすず書房、p17
- 4) アレン・フランセス、2013、〈正常〉を救え―精神医学を混乱させる DSM-5 への警告―、講談社 P19
- 5) アレン・フランセス、前掲書、P145
- 6) 近藤直司、2001、「ひきこもりケースの理解と治療的アプローチ」近藤直司編、ひきこもりケースの家族援助―相談・治療・予防、金剛出版 P13-14
- 7) 斎藤 環、1998、社会的ひきこもり―終わらない思春期、PHP 新書、P93-108
- 8) 斎藤 環、2002、ひきこもりの現在形、斎藤環編、ひきこもり思春期、星和書店、P4-6
- 9) 山本耕平、2009、若者のひきこもりを精神保健福祉課題としてどう同定するか、立命館産業社会論集第45巻1号、P16
- 10) 斎藤 環、2002、前掲書、P4-6
- 11) 春日武彦、2002、17歳という病―その鬱屈と精神病理、文藝春秋、p59
- 12) 春日武彦、前掲書、P72
- 13) 斎藤 環、1998、社会的ひきこもり―終わらない思春期、PHP 新書
- 14) こころの健康科学研究事業 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（H12-こころ-001）、代表伊藤順一郎、10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン―精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するか―
- 15) 例えば、初期のガイドラインでは、本人グループの一つに SST（Social Skills Training 生活技能訓練）をマニュアル化している。
- 16) 若年者の働く意欲を喚起しつつ、全てのやる気のある若年者の職業的自立を促進し、若年失業者等の増加傾向を転換させることを目的として、文部科学大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣、経済財政政策担当大臣が取りまとめた。
- 17) 2002年（平成14年）6月21日、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針の「6つの戦略、30のアクションプログラム」の第1の戦力が「人間力戦略」である。
- 18) 中西新太郎、2009、構造改革時代を生きる―子ども・若者の現在、地域民主教育全国研究交流集会編、現在と教育78、桐書店、P10
- 19) 例えば、芦沢俊介、2010、存在論的ひきこもり、雲母書房は、その代表的なものである
- 20) 藍沢鎮雄が、恐怖が特定の対象の危険に対する反応であるのに対して、不安は不特定で対象のない

漠然とした破局への予感，気がかり，無気力を生み出すと指摘したことを受け，筆者は，漠とした不安として捉え，不安対象が存在しなくとも当事者を極度の不安状態に陥れると考えてきた。

- 21) 尾崎 新，2002，「現場」の力—社会福祉実践における現場とは何か，誠信書房，p 11
- 22) アーサー・クライマン，1996，病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学，誠信書房，P36
- 23) 特定非営利活動法人 KHJ 全国ひきこもり家族会連合会，2016，ひきこもりの実態に関するアンケート調査報告書
- 24) 多田 元，2007，長田塾裁判で問われていること，芹沢俊介編，引きこもり狩り，雲母書房，P83-112
- 25) ジュデイス・L・ハーマン，1996，心的外傷と回復，みすず書房，P205-206
- 26) 工藤定次，斉藤 環，2001，『激論ひきこもり』，ポット出版，P212
- 27) ジュデイス・L・ハーマン，前掲書，P229
- 28) ジュデイス・L・ハーマン，前掲書，P340
- 29) ジュデイス・L・ハーマン，前掲書，P344
- 30) 山本耕平，2014，若者問題と社会福祉実践の課題—貧困化と孤立に対峙する実践をもとめて—，『総合社会福祉研究』第45号：P6-8

(やまもと こうへい 嘱託研究員／立命館大学産業社会学部教授)